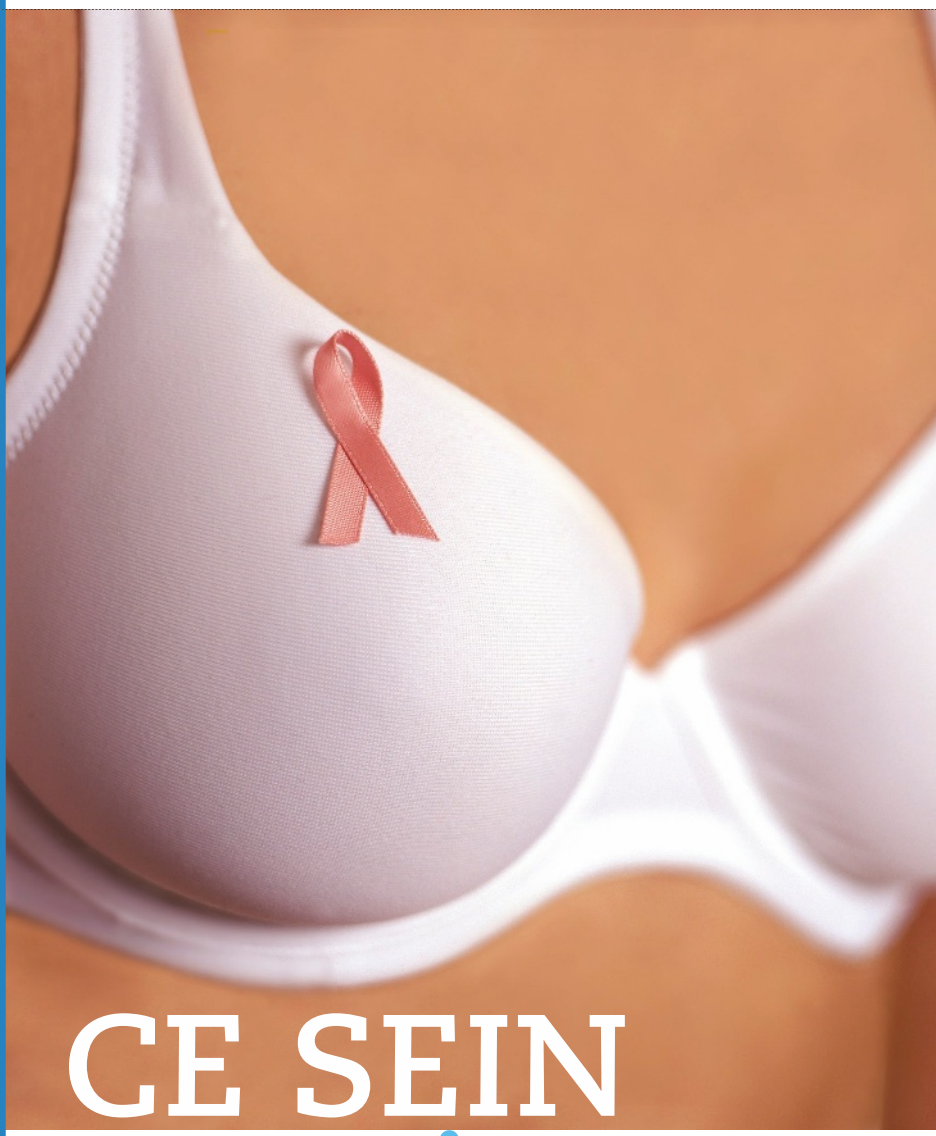

CE SEIN que je ne saurais VOIR...

Un tiers des cas de cancer du sein débouchent sur l'ablation totale ou partielle du sein malade. Heureusement, il existe des solutions de reconstruction mammaire. Petit passage en revue des différentes étapes et techniques de ces chirurgies plastiques.

CANDICE LEBLANC

À 30 ans comme à 70, perdre un sein suite à un cancer est une épreuve. Si chaque femme réagit différemment, selon son histoire, ses représentations et son rapport à son corps, aucune ne peut rester indifférente à la perte d'un des symboles absolus de la féminité. «La reconstruction mammaire était pour moi plus qu'une coquetterie», raconte, émue, Jacqueline, 62 ans. «Dès le diagnostic, elle a été mon but, mon phare dans la nuit, la perspective à laquelle je me raccrochais pour tenir le coup pendant les traitements. J'ai tout supporté, tout enduré, parce que je savais que les médecins me rendraient le sein que la maladie m'avait pris. Cinq ans plus tard, je crois encore que c'est cet espoir qui m'a sauvée...»

RENSEIGNEMENTS >> Le Service de chirurgie plastique se situe au niveau -1. // Tél.: 02 764 14 72.

© Corbis

LES TECHNIQUES DE COMBLEMENT DE VOLUME

- Les chirurgiens plastiques de Saint-Luc effectuent une cinquantaine de reconstructions mammaires par an.
- La technique du «grand dorsal» (60% des cas à Saint-Luc) consiste à prélever de la peau et du muscle au niveau du dos et à les ramener en avant, pour reconstruire le sein.
- Il existe des dizaines de modèles d'implants mammaires (30% des cas) différents, en taille et en forme. Les prothèses PIP, qui ont défrayé la chronique il y a quelques mois, n'ont jamais été utilisées à Saint-Luc.
- Le DIEP (10% des cas) consiste à prélever des tissus abdominaux sous le nombril et à les greffer sur le site de la reconstruction mammaire.

LE LIPOFILLING, UNE TECHNIQUE D'AVENIR?

Le lipofilling consiste à prélever de la graisse à la patiente, à la purifier et à la réinjecter dans le sein à reconstruire. Si le rendu semble être plus esthétique, une partie de la communauté scientifique reste prudente concernant cette technique dans le cadre du comblement d'une tumorectomie. D'aucuns craignent qu'à terme, elle augmente les risques de rechute ou de récidive. À Saint-Luc, par prudence, cette technique n'est utilisée que dans certains cas et réalisée en plusieurs séances.

La reconstruction totale d'un sein prend au moins six mois

Un long chemin…

Dans le traitement du cancer du sein, le geste chirurgical est pratiquement inévitable: il faut enlever la tumeur. Dans la plupart des cas, celle-ci peut-être retirée en préservant la majorité des tissus mammaires (tumorectomie). Mais parfois, le sein ne peut être épargné et doit être complètement enlevé. C'est la mammectomie ou mastectomie.
Dans ce cas, il faut le plus souvent attendre environ un an après la fin des traitements (radiothérapie, chimio, etc.) pour entamer le long processus de la reconstruction mammaire. Car en cas d'ablation totale du sein, il y a trois étapes: la reconstitution du volume, la «symétrisation» et la reconstitution du mamelon et de l'aréole. Le tout s'étalant sur au moins six mois.

Les deux mêmes

La première étape consiste d'abord à remplacer les glandes mammaires (qui ont été enlevées) par un autre volume. Plusieurs solutions de «comblement» existent: soit on pose un implant mammaire, soit on recourt aux techniques dites «autologues» qui consistent à prélever des tissus sur le corps de la patiente et à les lui greffer en lieu et place du sein manquant, soit on combine les deux (voir encadrés). Dans plus de la moitié des cas, il faut ensuite ajuster la symétrie. «Outre un volume égal, les deux seins doivent être à la même hauteur et avoir la même forme», ajoute le Dr François Château, chirurgien plasticien à Saint-Luc. «Pour cela, nous n'opérons pas forcément le sein touché par le cancer; nous pouvons aussi augmenter ou réduire le volume de l'autre sein.»

La cerise sur le gâteau!

Une fois les deux seins «sculptés» à l'identique, place aux finitions! «Pour reconstruire un mamelon, soit on prélève et on greffe une partie de l'autre mamelon, soit on fait un «nœud» avec la peau du sein nouvellement construit, que l'on tatouera plus tard pour lui donner la bonne couleur», poursuit le Dr Château.
Quant à l'aréole, la partie pigmentée du mamelon, on peut tatouer ou travailler à partir d'une greffe, en prélevant de la peau dans la région de l'aine. Une fois greffés, les tissus de cette zone se pigmenteront naturellement lorsqu'ils seront exposés à la lumière.

Quid du résultat?

Si le résultat esthétique de la reconstruction mammaire peut être réellement bluffant, il ne faut pas non plus s'attendre à un miracle, sous peine d'être déçue. «Il est impossible de garantir aux patientes qu'elles auront exactement la même poitrine qu'avant», prévient le Dr Château. «Certains types de seins – les petits ou ceux qui tombent, par exemple – sont plus difficiles à reconstruire que d'autres. Le risque de complications post-opératoires ne peut pas non plus être écarté.» Et la sensibilité, alors? «Au bout de quelques mois, le sein reconstruit et la peau qui le recouvre retrouvent une certaine sensibilité de contact. Mais ils ne seront jamais plus érogènes, pas plus que le mamelon qui restera insensible.» Un inconvénient dont de nombreuses femmes, ravies de retrouver une poitrine «normale», s'accommodent aisément… //

Merci au Dr François Château et au Dr Aurore Lafosse, chirurgiens plasticiens aux Cliniques universitaires Saint-Luc.